

Anexo Técnico 3

Directrices y recomendaciones del Comité Nacional Asesor para el diagnóstico y tratamiento de la infección tuberculosa latente

1. GRUPOS PRIORITARIOS PARA LA BÚSQUEDA DE INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE:

Teniendo en cuenta las recomendaciones de la OMS en su documento: “Directrices sobre la atención de la infección tuberculosa latente” publicado en noviembre de 2014¹, los grupos prioritarios para búsqueda de la infección tuberculosa latente en Colombia serán:

- Personas que viven con VIH,
- Niños en contacto con enfermos de TB pulmonar,
- Personas que vayan a comenzar tratamientos con terapia biológica para enfermedades autoinmunes.
- Personas con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis,
- Personas que se preparan para recibir trasplantes de órganos o hemáticos
- Personas con silicosis.

Trabajadores de la salud y población privada de la libertad serán considerados en directrices específicas posteriores.

Durante el año 2015 la prioridad continuarán siendo las personas que viven con VIH y los niños menores de 5 años contacto de personas con TB activa, sin embargo, a medida que se incrementen las existencias de Isoniazida se entregará desde el Ministerio de Salud y Protección Social la profilaxis para el tratamiento de la infección tuberculosa latente en los otros grupos mencionados, mientras tanto, la profilaxis estará a cargo del aseguramiento del usuario.

2. PROCESO DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE:

El primer paso en el proceso diagnóstico de la TB latente es descartar la tuberculosis activa en los grupos priorizados preguntando a las personas si presentan síntomas de TB tales como: tos, hemoptisis, fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso o pobre ganancia de peso (niños), disnea y fatiga².

En caso de presentar síntomas de TB se deben realizar los estudios para descartar tuberculosis activa.

En caso de no presentar síntomas de TB se procederá a solicitar la PPD, la cual se considerará positiva en estos grupos priorizados cuando se presente una induración de 5 mm o más.

¹ Organización Mundial de la Salud. Directrices sobre la atención de la infección tuberculosa latente. 2015. [consultado 5 de noviembre de 2014]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137336/1/9789243548906_spa.pdf?ua=1

² Organización Mundial de la Salud. Directrices sobre la atención de la infección tuberculosa latente. 2015. [consultado 5 de noviembre de 2014]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137336/1/9789243548906_spa.pdf?ua=1

Una prueba de tuberculina positiva por sí sola no distingue entre la infección tuberculosa latente y la enfermedad tuberculosa activa. En los pacientes con Sida, o en pacientes severamente desnutridos o con tuberculosis miliar, la prueba de tuberculina puede incluso ser negativa aunque tengan la enfermedad tuberculosa activa³.

Ante la sospecha de un falso negativo, se recomienda, repetir la prueba una semana después de la primera para evaluar el efecto booster⁴. Si este segundo resultado es positivo se procederá a diferenciar entre tuberculosis activa y tuberculosis latente. Si este segundo resultado es negativo, se considera que la persona no ha estado expuesta a la infección por tuberculosis. (Para mayor información sobre la PPD por favor remítase a la *Guía para la aplicación y lectura de la prueba de tuberculina* publicada por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud, 2012).

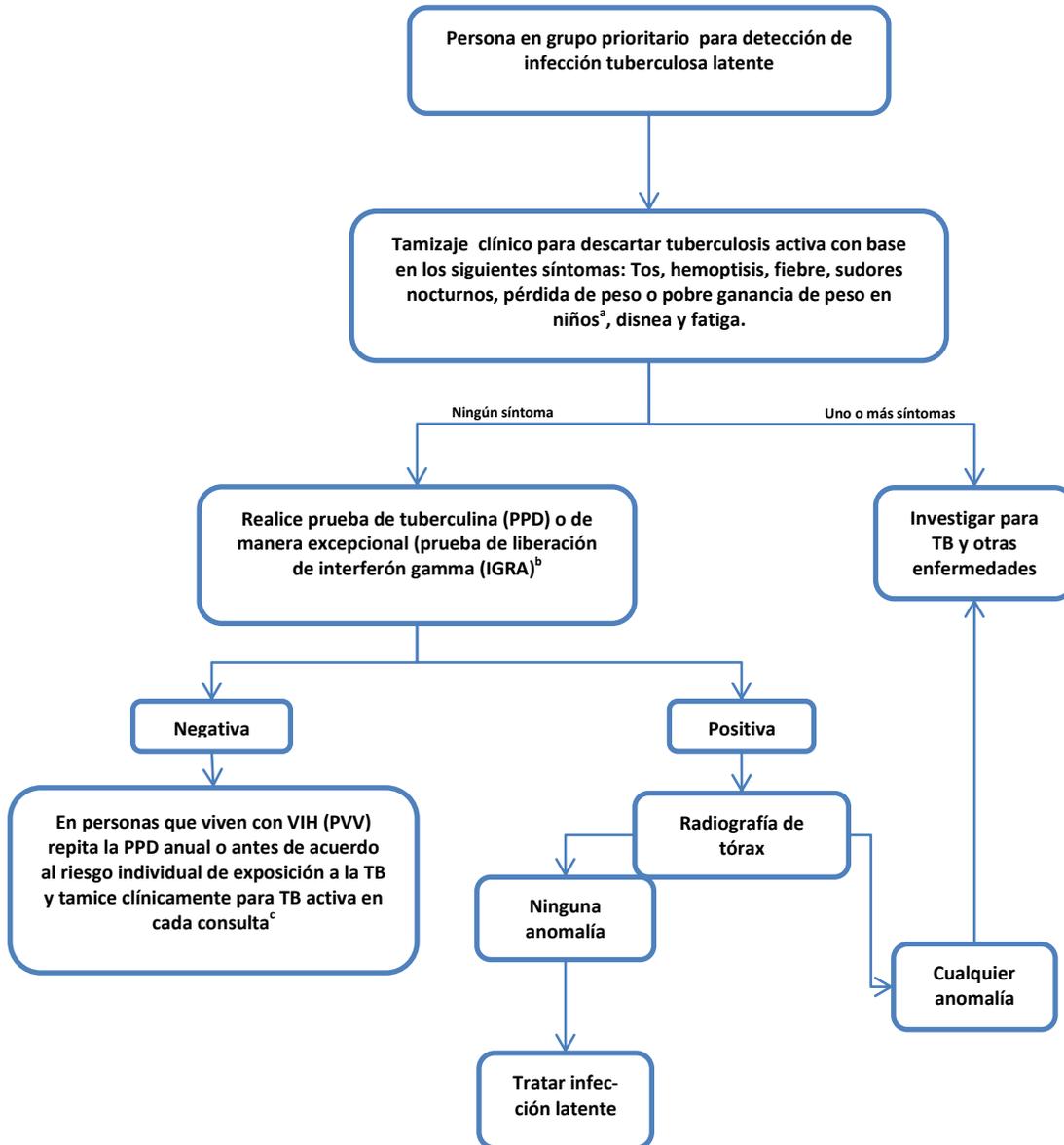
La PPD debe realizarse utilizando el método de Mantoux. El método de múltiples punciones no se debe utilizar dado que los resultados de la prueba no son confiables debido a que la cantidad de tuberculina inyectada por vía intradérmica, no se puede controlar.

Si la PPD es positiva se recomienda realizar una radiografía de tórax y de acuerdo a los resultados iniciar el tratamiento de TB latente. (Ver a continuación algoritmo diagnóstico para TB latente).

³ Organización Panamericana de la Salud. Coinfección TB/VIH: Guía Clínica. Versión actualizada – 2010. Washington D.C.: OPS; 2010.

⁴ Caminero JA, Farga V. Tuberculosis. 3ª edición. 2011. Editorial Mediterráneo.

ALGORITMO DIAGNÓSTICO PARA TB LATENTE EN COLOMBIA



Fuente: Adaptado de OMS “Directrices sobre la atención de la infección tuberculosa latente” 2015 y WHO HIV/AIDS Programme, “Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection, Recommendations for a public health approach”, June 2013

Notas al Algoritmo:

a Pobre ganancia de peso en niños se define como:

- Reportada pérdida de peso o muy bajo peso (peso para la edad menor que -3Z);
- Bajo peso (peso para la edad menor que -2Z).
- Pérdida de peso confirmada (>5%) desde la última visita.
- Curva de crecimiento estancada⁵

b Aunque la evidencia demuestra que se pueden utilizar tanto las pruebas de liberación de interferón gamma (IGRA) como la prueba cutánea de la tuberculina (PPD) para la identificación de las personas con infección tuberculosa latente, en Colombia la prueba de elección es la PPD.

c El tamizaje clínico de rutina en personas que viven con VIH incluye la evaluación de: Fiebre, tos, pérdida de peso y diaforesis nocturna de cualquier duración en cada consulta. La ausencia de estos cuatro síntomas tiene un valor predictivo negativo de tuberculosis del 97,7%⁶. En caso de presentarse uno o más de estos síntomas se debe investigar para tuberculosis activa.

3. ESQUEMAS DE TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE

La pauta de elección para el tratamiento de la infección tuberculosa latente en Colombia es Isoniazida:

En adultos 5 mg/kg/día máximo 300 mg día por 9 meses⁷

En niños 10 mg/kg/día máximo 300 mg día por 9 meses⁸

Las personas que viven con VIH, contacto de una persona con tuberculosis activa, deben recibir profilaxis con Isoniazida, independiente del resultado de la PPD, luego de descartar TB activa. En niños que viven con VIH menores de 12 meses, se administrará profilaxis con Isoniazida solo si tienen contacto con un caso confirmado de TB y no tienen tuberculosis activa, luego de las investigaciones de rutina⁹.

⁵ WHO HIV/AIDS Programme. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection, Recommendations for a public health approach. June 2013.

⁶ Getahun H, Kittikraisak W, Heilig C, Corbett E, Ayles H, Cain K, et al. Development of a Standardized Screening Rule for Tuberculosis in People Living with HIV in Resource-Constrained Settings: Individual Participant Data Meta-analysis of Observational Studies. PLoS Med [serie en internet]. 2011 [citado 9 diciembre de 2013]; 8(1): [aprox. 23 p]. Disponible en: <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000391>

⁷ Organización Mundial de la Salud. Directrices sobre la atención de la infección tuberculosa latente. 2015. [consultado 5 de noviembre de 2014]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137336/1/9789243548906_spa.pdf?ua=1

⁸ Organización Mundial de la Salud. Directrices sobre la atención de la infección tuberculosa latente. 2015. [consultado 5 de noviembre de 2014]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137336/1/9789243548906_spa.pdf?ua=1

⁹ WHO HIV/AIDS Programme. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection, Recommendations for a public health approach. June 2013.

4. SEGUIMIENTO AL TRATAMIENTO:

Con el fin de evaluar las condiciones clínicas de los pacientes a los cuales se les inicia el tratamiento de la infección tuberculosa latente, se recomienda realizar controles médicos mensuales donde se determine la adherencia al tratamiento y la identificación temprana de reacciones adversas, y se entregue el medicamento con esta misma periodicidad para tratamiento autoadministrado.

Como parte del proceso de seguimiento el Ministerio, ha estandarizado una ficha de control para el tratamiento de la infección tuberculosa latente, la cual deberá ser diligenciada por el personal a cargo de la atención y seguimiento de los pacientes.

La terapia preventiva con Isoniazida no aumenta el riesgo de resistencia a la Isoniazida si se ha descartado tuberculosis activa. Por lo tanto, esta consideración no debe constituirse en una barrera de acceso a la profilaxis^{10,11,12}.

10 Organización Mundial de la Salud. Directrices sobre la atención de la infección tuberculosa latente. 2015. [consultado 5 de noviembre de 2014]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137336/1/9789243548906_spa.pdf?ua=1

11 WHO HIV/AIDS Programme. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection, Recommendations for a public health approach. June 2013.

12 World Health Organization. Guidelines for intensified tuberculosis case-finding and isoniazid preventive therapy for people living with HIV in resource-constrained settings. Italy: WHO; 2011.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization [homepage en Internet]. 2013. [consultado 23 de septiembre de 2013]. Tuberculosis country profiles. Disponible en: <http://www.who.int/tb/country/data/profiles/en/>
2. World Health Organization [homepage en Internet]. 2013. [consultado 23 de septiembre de 2013]. Childhood tuberculosis. Disponible en: <http://www.who.int/tb/challenges/children/en/>
3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE [homepage en Internet]. 2013. [consultado 23 de septiembre de 2013]. Estadísticas Vitales. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones>
4. Recommendation 11. Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children 2nd ed. World Health Organization, 2014
5. Recommendation 14. Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children 2nd ed. World Health Organization, 2014
6. Recommendation 26. Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children 2nd ed. World Health Organization, 2014